

# Relato de Caso em Obstetrícia

## **RCO 001 EXCIÇÃO MIOMETRIAL SEGMENTAR E RECONSTRUÇÃO DA PAREDE UTERINA NA PRESERVAÇÃO DO ÚTERO APÓS HEMORRAGIA PÓS-PARTO ASSOCIADA A PLACENTA PRÉVIA E INCRETA**

FURTADO RS<sup>1</sup>, ALVES ALL<sup>2</sup>, SILVA LB<sup>3</sup>, SILVA FILHO AL<sup>4</sup>, TRINDADE PLC<sup>5</sup>, SÃO JOSÉ CN<sup>5</sup>, RIBEIRO BR<sup>5</sup>

1. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2. Professor Assistente de Obstetria da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Obstetra do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e do Hospital Sofia Feldman; 3. Ginecologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Obstetra do Hospital Sofia Feldman; 4. Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista. Ginecologista do Hospital das Clínicas da Universidade; 5. Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais;

**Introdução/Relevância:** Hemorragia pós-parto é a maior causa mundial de histerectomia periparto, sendo o acretismo placentário a etiologia que mais dificulta a preservação uterina. Sua incidência se relaciona com a elevação contemporânea das taxas de cesárea, com os demais procedimentos cirúrgicos no útero e com a implantação segmentar da placenta. **Objetivos:** Relatar caso de placenta prévia central e increta tratado por meio de excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina. **Metodologia:** Revisão do prontuário de CDBC, 26 anos, G6PV3C1A1, internada no Hospital Sofia Feldman em 3/12/2014, com 35,3 semanas gestacionais, devido hemorragia de último trimestre. A ultrassonografia revelou placenta prévia central anterior com sinais de invasão miometrial. Submetida à cesariana eletiva com 36,4 semanas gestacionais, sob raquianestesia. Após localização per-operatória da placenta, foi realizada uma histerotomia corporal alta transversa seguida da extração do recém-nato vivo e com índice de Apgar 6 e 9. Após confirmação clínica do incretismo, a placenta foi mantida in situ e foram realizadas ligadura bilateral dos ramos ascendentes das artérias uterinas, ressecção do segmento uterino anterior invadido por cotilédones placentários, reconstrução da parede uterina e histerorrafia. A estratégia cirúrgica foi similar ao procedimento triplo P, com modificação restrita à realização de ligaduras bilaterais dos ramos ascendentes das artérias uterinas em substituição à desvascularização pélvica com balões intravasculares. **Resultados:** Os índices de choque durante a cirurgia, 12 e 24 horas após foram, respectivamente, 0,7, 1,1 e 1,1. Não foram administrados hemoderivados e amins vasoativas. Após 20 horas da cirurgia, os níveis de hemoglobina e do hematócrito foram, respectivamente, 8,2 e 24,0. Além da anemia, a paciente evoluiu com infecção na ferida operatória. Não ocorreram outras complicações. **Discussão/ Conclusão:** As modalidades de tratamento cirúrgico do acretismo placentário podem ir além da histerectomia eletiva periparto, e incluir adoção de estratégias conservadoras. A morbimortalidade da excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina pode ser significativa e o risco de histerectomia de emergência pode alcançar 40%. O risco de acretismo placentário em gestações subsequentes parece ser de aproximadamente 20%. Sendo assim, essa estratégia é apenas interessante diante do desejo intenso da preservação da fertilidade e quando o acretismo é focal. O caso aqui relatado ilustra a eficácia da excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina como uma estratégia de preservação uterina viável e individualizada.